

L'Intubation palliative dans les cancers de l'œsophage

(à propos de 353 observations)

Travail de la Clinique d'O.R.L.
et d'Audiophonologie de LYON

THÈSE

présentée

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
de LYON

et soutenue publiquement le 20 Avril 1966
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Bernard de CHAMPS de SAINT-LEGER de BRECHARD

né le 4 Avril 1935
à BRINAY (58) Nièvre



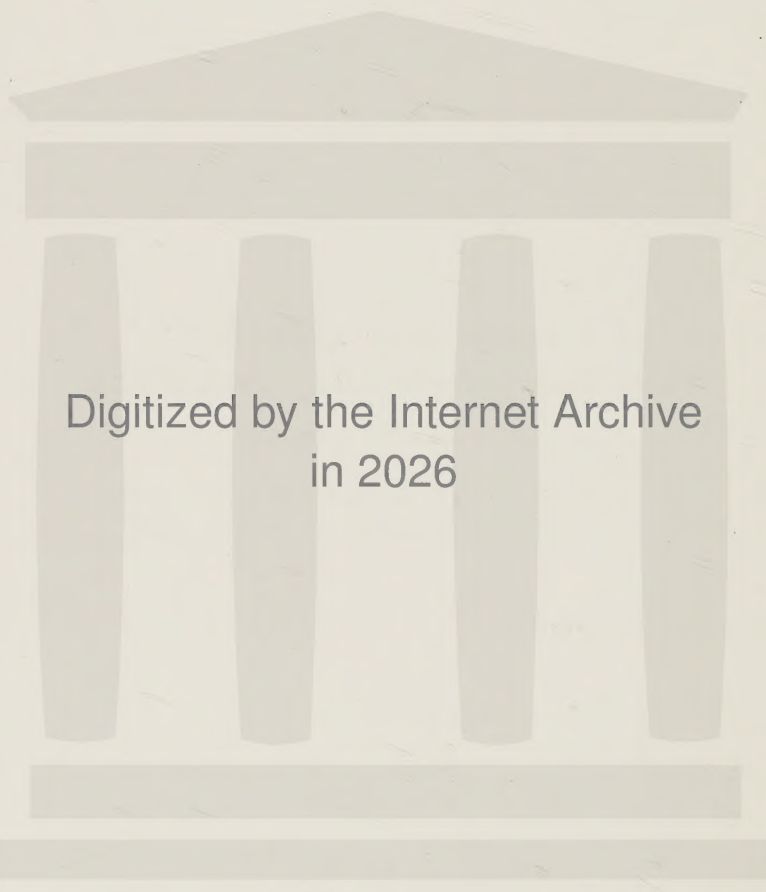
VILLEURBANNE
Imprimerie R. GAUTHIER
17, Rue Colonel-Klobb

1966

L'Intubation palliative dans les cancers de l'œsophage

(à propos de 353 observations)

Travail de la Clinique d'O. R. L.
et d'Audiophonologie de LYON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'Intubation palliative dans les cancers de l'œsophage

(à propos de 353 observations)

Travail de la Clinique d'O.R.L.
et d'Audiophonologie de LYON

THÈSE

présentée

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE
de LYON

et soutenue publiquement le 20 Avril 1966
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Bernard de CHAMPS de SAINT-LEGER de BRECHARD

né le 4 Avril 1935
à BRINAY (58) Nièvre



VILLEURBANNE
Imprimerie R. GAUTHIER
17, Rue Colonel-Klobb



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyens Honoraires : M. J. LEPINE, Membre de l'Institut - M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
Doyen..... M. J.-F. CIER

Assesseurs..... MM. M. LEVRAT, L. REVOL

Professeurs Honoraires : MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON ENSELMÉ, WERTHEIMER, SA ROLY

PROFESSEURS

Clinique urologique MM. CIBERT
Physique biologique

Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale
Chimie organique et toxicologie
Clinique médicale B

Clinique et prophylaxie cardiovasculaires
Clinique médicale C
Clinique chirurgicale A
Pharmacie galénique
Clinique obstétricale
Médecine du travail
Clinique médicale A
Hygiène et action sanitaire et sociale

Botanique et cryptogamie
Clinique chirurgicale C
Chimie analytique pharmaceutique
Pharmacie chimique et pharmacologie
Médecine légale et déontologie
Parasitologie et pathologie exotique

Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
Clinique ophtalmologique
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
Clinique de pneumo-phthisiologie
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
Clinique carcinologique
Pathologie générale et expérimentale

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine MM. BERGER
Neuro-chirurgie MANSUY
Chimie générale et pharmaceutique COLLET
Hygiène et climatologie LACROIX

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie MM. ROMAN
Anatomie pathologique FEROLDI
Physique biologique MORET
Botanique et cryptogamie ODDOUX

MAITRES DE CONFÉRENCE AGRÉGÉS TITULAIRES

Chimie biologique MM. GREYSEL Roger
Electro-radiologie PINET
Neuro-psychiatrie GUYOTAT
Chirurgie générale DESCOTES
Pathologie expérimentale JOUVET
Physique biologique PEYRIN
Anatomie pathologique TOMMASI
Electro-radiologie BUFFARD
Médecine générale et thérapeutique
Stomatologie
Maladies infectieuses
Chirurgie générale
Pédiatrie
Médecine générale
Anesthésiologie
Electro-radiologie diagnostique et thérapeutique
Anesthésiologie
Chirurgie générale
Dermatologie
Médecine générale

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS STAGIAIRES
Hématologie MM. FAVRE-GILLY
Hygiène RIFFAT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Chirurgie générale MM. MARION Pierre
Ophtalmologie BONAMOUR
Chirurgie générale De MOURGUES G.
Médecine générale DEVIC
Obstétrique DUMONT Martial
Urologie DURAND
Chirurgie générale FRANCILLON
..... SAUBIER
..... SCHOTT
..... ALLEGRE
..... CHASSARD

Neuro-psychiatrie
Neuro-chirurgie
Electro-radiologie

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

Président : Professeur P. MOUNIER-KUHN

Assesseurs : Professeurs Agrégés M. GIGNOUX, J. GAILLARD, G. MARET

Clinique chirurgicale B MM. PEYCELON
Anatomie pathologique GUICHARD
Anatomie LATARJET
Clinique médicale D GIRARD Marcel
Pathologie médicale VACHON

Physio-pathologie des voies respiratoires GALT
Radiologie PAPILLON

Clinique médicale infantile et hygiène du 1^{er} âge JEUNE
Thérapeutique GONIN
Clinique médicale infantile B MONNET

Physiologie et pathologie obstétricales BANSILLON
Physiologie B CHATONNET
Clinique endocrinologique GUINET

Clinique de chirurgie orthopédique TRILLAT
Clinique stomatologique FREIDEL

Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles MARION Joseph

Matière médicale et législation pharmaceutique DORCHE
Histologie et embryologie DUMONT Louis

Chimie PERROT
Physiologie A CIER J.F.

Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire PERRIN J.
Clinique de chirurgie cardiaque MICHAUD Pierre
Clinique gynécologique MATHIEU

Biologie médicale et pharmacodynamie FAUCON
Clinique des maladies infectieuses

Biochimie appliquée BERTOYE
Pharmacodynamie VINCENT D.
Hydrologie, thérapeutique, climatologie et écologie sociale CIER André

Chimie biologique et médicale VIGNON
Bactériologie X...
Pathologie chirurgicale X...
Clinique chirurgicale propédeutique X...

Neuro-chirurgie LIARAS
Médecine générale LECUIRE
Thérapeutique chirurgicale REVOL
Médecine générale GOINARD
Pathologie métabolique et rénale PONT Maurice

Chimie analytique TRAEGER
Médecine générale De SOLLIERS
Parasitologie DESPIERRES
Médecine du travail GARIN
Hygiène TOLOT
..... THIVOLET

Chirurgie générale MM. SOUSTELLE
Médecine générale LAMBERT
..... FRIES
Pédiatrie GILLY
Anatomie BOUCHET
Pédiatrie BETHENOD

Immunologie, sérologie, hémato- logie GERMAIN
Pneumo-phthisiologie KALB
Pédiatrie LARBRE
Pédiatrie et puériculture FRANÇOIS
Médecine générale VIALA

Bactériologie, parasitologie, virologie VINCENT
Médecine légale COLIN
Chimie biologique BERTRAND
Histologie et embryologie GIROD
Chimie biologique GRAS
Chimie analytique MALLEIN
Chirurgie générale MARET
Bactériologie VIALIER-
..... RAYNARD
..... CHOLLAT

Electro-Radiologie FLANDROIS
Physiologie ROLLET
Pharmacie galénique FLEURETTE
Bactériologie
Stomatologie MM. DUMAS
Orthopédie FAYSSE
Oto-rhino-laryngologie GAILLARD
Médecine générale GARDE
Ophtalmologie HUGONNIER
Médecine générale MORNEX
Chirurgie générale MOUNIER-KUHN
Médecine générale NORMAND
..... PERRIN André
..... GARMIER
..... NOEL
..... SCHNEPP
..... NOTTER

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MOUNIER-KUHN

*Directeur de la Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie
et d'Audio-Phonologie*

Au cours de deux semestres d'Externat, s'est affirmée une vocation encore hésitante, au contact de ce Maître qui nous séduit par la rigueur de son enseignement et l'élégante délicatesse de son accueil.

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous aimerions que ce modeste travail soit l'expression de notre profonde admiration et de notre entier dévouement.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL GIGNOUX

Il ne nous a pas été donné d'être de ses élèves.

Il nous a reçu avec une particulière bienveillance et nous fait le grand honneur d'être de nos juges.

Qu'il soit assuré de notre gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN GAILLARD

Il nous a confié ce travail sur un sujet auquel il s'est largement consacré depuis quinze ans. L'occasion qui nous a été donnée de travailler sous sa direction nous a permis d'apprécier son enthousiasme et son charme indulgent.

Notre souhait le plus vif a été de ne pas trop trahir sa pensée et décevoir sa confiance.

Nous tenons à l'assurer de notre respectueuse admiration.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GILBERT MARET

Chirurgien des Hôpitaux

Jeune étudiant, nous aimions la marque très personnelle dont il animait la leçon d'Anatomie.

Nous avons été sensible à son accueil et honoré de l'intérêt qu'il veut bien porter à ce travail en acceptant de le juger.

Qu'il soit assuré de notre respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-PIERRE REBATTU

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

Il nous a toujours témoigné une bienveillance très souriante. Nous avons pu abondamment bénéficier de son enseignement.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre profond attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-PAUL HAGUENAUER

Chef de Clinique-Assistant des Hôpitaux

Nous l'avons trouvé à chaque instant disponible, ne ménageant ni son temps ni sa peine pour nous guider dans l'élaboration de cette thèse.

En témoignage de notre plus vive reconnaissance.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. DARGENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PAPILLON
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. BRUN
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERTRAND
MONSIEUR LE DOCTEUR M. POUYET
MONSIEUR LE PROFESSEUR H. THIERS
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. CROIZAT
MONSIEUR LE DOCTEUR L. REVOL
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MOUNIER-KUHN
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. GAILLARD

A NOS CONFÉRENCIERS D'EXTERNAT

MESSIEURS LES DOCTEURS

R. CHARACHON
J.-P. HAGUENAUER
J. MEYER
M. PERRIN-FAYOLLE

A NOS AMIS DE L'EXTERNAT ET DE L'INTERNAT

A NOS CONFÉRENCIERS DU DIPLÔME D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

MESSIEURS LES DOCTEURS

J. BONNEFOY
J. FONTVIEILLE
R. CHARACHON
A. MORGON
J.-P. HAGUENAUER
M. BOUCHAYER

A NOS AMIS DE LA SPÉCIALITÉ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

A MESSIEURS LES DOCTEURS H. LAFON et J.-C. LAFON

A MONSIEUR LE DOCTEUR W. KARO

AUX SŒURS HOSPITALIÈRES, INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES
DE LA CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

AU RÉVÉREND PÈRE CHARIGNON, S. J.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

M. JACOT DES COMBES et R. GRES

Nous avons fait chez eux la fructueuse
expérience de la clientèle...

Ils veulent bien cependant nous garder
leur amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. LACOUR

A NOS ANCIENS MAÎTRES DE LA « PETITE SORBONNE »

NOUS TENONS A REMERCIER LES LABORATOIRES CHIBRET A QUI
NOUS DEVONS NOTRE DOCUMENTATION BIBLIOGRAPHIQUE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Dans la plupart des cas où la chirurgie abandonne l'idée d'une thérapeutique à visée curatrice du cancer de l'œsophage, vient se poser plus ou moins rapidement la nécessité de pallier à la dénutrition qu'engendre la sténose œsophagienne serrée.

Ce geste palliatif peut être :

1. La chirurgie : sous forme d'une anastomose œsogastrique. Parfois, on se refusera même à cet acte, impossible à réaliser, parce que trop grave pour le résultat qu'on peut en attendre. Dès lors, il ne reste que trois solutions au problème :

2. La radiothérapie, qui elle-même, malgré le progrès des techniques, est de résultat aléatoire : souvent mal tolérée, son action quelquefois spectaculaire, peut être très longue à obtenir sur la dysphagie.

3. La gastrostomie, qui était avant 1950 la seule intervention chirurgicale à visée palliative, et qui reste l'indication de nécessité lorsque sont écartées les techniques précédentes.

4. L'intubation œsophagienne qui est un procédé très ancien, retrouvé simplement et amélioré par les perfectionnements de l'œsophagoscopie et l'usage des antibiotiques.

En effet, l'intubation œsophagienne palliative à demeure est une trouvaille du XIX^e siècle et c'est à LEROY D'ÉTIOLLES qu'on attribue la première tentative de tubage œsophagien : il rapporte en 1845 l'observation d'un malade atteint de cancer de l'œsophage, chez lequel il pratique une intubation à l'aide d'une canule creuse en ivoire dépourvue de son phosphate de chaux. Cette intervention faite sans contrôle de l'œsophagoscopie fut un échec : les douleurs ne sont pas

longues à se manifester et l'on ne put ni retirer, ni pousser plus bas le « corps étranger ».

La tentative était peu encourageante et le procédé tombe dans l'oubli.

Il sera par la suite repris et amélioré par MAKENZIE en Angleterre, avec l'avantage de l'œsophagoscopie dont l'appareillage primitif imaginé par KUSSMAUL (1868) a été perfectionné grâce aux progrès de l'éclairage électrique.

En 1884, CHARTERS SYMONDS attache son nom à cette méthode qui est appelée « procédé de Symonds ». Disons qu'il utilisait un tube en gomme élastique portant une extrémité supérieure conique et retenu par un fil de soie attaché à l'oreille. Il était nécessaire de mobiliser périodiquement ce tube pour le nettoyage et le fil tracteur pouvait se rompre. HILL a donc imaginé de le remplacer par un fil argenté recouvert d'une fine couche de gomme.

Le procédé de Symonds est adopté à la fin du siècle par les principaux pays d'Europe : LEYDEN en Allemagne, NICOLAÏ en Italie, CHEVALIER-JACKSON et GUISEZ en France, le pratiquent. En France il sera rapidement abandonné, très critiqué par KIRMISSON, partisan de la sonde à demeure.

En 1924, SOUTTAR en Angleterre, reprend le procédé en le modifiant. Il préconise un tube de métal argenté souple qui ne nécessite plus de déplacements périodiques pour nettoyage. L'œsophagotubage ainsi amélioré n'est pas adopté de façon définitive. Il sera repris par WORMS en 1933.

Après une assez longue éclipse, RESANO, de Buenos-Ayres, vient en France relancer en 1952 le tube de Souttar. Après une démonstration portant sur 120 cas, LORTAT-JACOB reprend l'intubation métallique.

C'est également depuis 1952 que ces techniques d'intubations palliatives ont été reprises à la Clinique O. R. L. de Lyon, pour lutter contre les dysphagies graves dans les cancers œsophagiens inopérables. Les premiers résultats en avaient été rapportés en 1955 par MM. MAYOUX et GAILLARD, en collaboration avec le Docteur MICHAUD.

Notre expérience actuelle portant sur près de 500 intubations nous a incité à en préciser les indications, les avantages et les inconvénients, et la grande majorité de ces observations résultent de l'expérience personnelle du Professeur Agrégé J. GAILLARD.

Avec le développement des matières plastiques, de nouvelles techniques d'intubation non métalliques sont proposées : COYAS qui apporte en 1955 une variante du tube de Souttar en matière plastique pour en améliorer la tolérance. Et pour pallier aux limites du tube de Souttar, KROFF en 1954, puis MOUSSEAU en 1956, imaginent un appareillage permettant l'intubation de formes très étendues, mais par une double voie : œsophagienne et abdominale par gastrotomie.

CHAPITRE II

LES DIFFERENTES TECHNIQUES PALLIATIVES DES CANCERS ŒSOPHAGIENS

I. — LA RADIOTHERAPIE PALLIATIVE

En principe, la plupart des cancers œsophagiens peuvent bénéficier d'un traitement radiothérapique. Il peut se concevoir sous deux aspects :

- irradiation intensive,
- radiothérapie palliative.

Celle-ci ne vise qu'à améliorer les signes fonctionnels chez des malades qui ont dépassé le stade d'une stérilisation locale possible. Elle-même *nécessite certaines conditions* :

1. — La topographie des lésions.

Pour des raisons balistiques et parce qu'elles ne sont pas chirurgicales, il s'agit surtout de formes hautes, cervicales ou cervicothoraciques. D'ailleurs, l'irradiation dans la région paradiaphragmatique est souvent mal supportée et s'accompagne rapidement de signes d'intolérance.

2. — L'extension des lésions.

L'extension des lésions est un élément restrictif. A partir de 8 cm une irradiation importante peut comporter des risques graves qu'il semble inutile de faire courir au malade. L'extension de voisinage est la source de complications graves :

— *fistules* d'autant plus dangereuses qu'elles peuvent rester latentes, mais elles constituent une voie ouverte à l'infection du médiastin qu'une irradiation inconsiderée ne pourrait qu'aggraver ;

— *médiastinites* qui diminuent considérablement la tolérance du médiastin aux radiations et en limitent les possibilités.

3. — La nature des lésions.

Ce facteur n'intervient que rarement dans la discussion.

— les *épithéliomas glandulaires* médiocrement radiosensibles sont situés dans l'étage paradiaphragmatique et cette topographie en fait une indication chirurgicale par excellence ;

— les *épithéliomas spinocellulaires*, la forme la plus habituelle des cancers, les *épithéliomas baso-cellulaires* (très radiosensibles) et les *sarcomes* représentent le matériel clinique le plus fréquemment irradié ;

— mais la différenciation histologique ne reflète pas toujours la plus ou moins grande radiosensibilité. Plus que tout autre, l'aspect macroscopique laisse prévoir la manière dont réagira une tumeur. On opposera ainsi :

- les *lésions infiltrantes* peu sensibles à l'irradiation dont les résultats fonctionnels sont souvent médiocres,

- les *lésions exophytiques* qui répondent en général favorablement au traitement radiothérapique ; à ce point de vue, les constatations endoscopiques peuvent orienter vers l'abstention ou une indication de radiothérapie palliative de la dysphagie.

4. — L'état général (intervient au premier plan) :

— l'amaigrissement, l'asthénie, l'anorexie, un état sub-fébrile, la sénilité apparente sont en faveur d'une irradiation douce et étalée ;

— une bacillose fibreuse est également un argument en faveur d'une dose limitée administrée par champs étroits ;

— alors que la cachexie, un éthylysme grave ou une bacillose évolutive représentent une contre-indication formelle à l'irradiation.

TECHNIQUE :

Il n'y a pas de frontière très étanche entre l'irradiation palliative et la radiothérapie à visée « curatrice ». Dans les deux cas, l'irradiation n'est jamais commencée à des doses importantes. L'ébauche d'une amélioration symptomatique et la bonne tolérance aux radiations sont autant de signes

encourageants qui invitent à persévérer dans le traitement. *L'étalement* se fera sur une période de 4 à 6 semaines, pour administrer au total une dose de 3 000 r/tumeur.

La *radiothérapie* était appliquée initialement par *feux croisés*, assez larges, qui rendaient la tolérance cutanée et générale plutôt médiocre.

L'utilisation de portes d'entrée multiples améliora grandement cette tolérance.

La *cyclothérapie* simple ou pendulaire n'est que l'aboutissement logique de cette technique rotatoire discontinue.

Plus récentes encore les irradiations par hautes énergies, améliorent considérablement la tolérance cutanée et générale : sous cet aspect *Co 60* et *Betatron* marquent un progrès intéressant. Quelques portes en champs fixes suffisent pour administrer à la tumeur la dose désirée.

RÉSULTATS :

La *dysphagie* est le symptôme le plus obsédant du cancer œsophagien. Sur elle, la radiothérapie a une action très variable :

— *l'amélioration est parfois très rapide* apparaissant en quelques jours. Il s'agit souvent de lésions surinfectées où quelques séances, en supprimant l'œdème inflammatoire, augmentent la lumière œsophagienne dans la zone sténosée ;

— mais le plus souvent, le néoplasme seul est en cause et la détente ne se manifeste que *lentement*. Elle apparaît à la dose de 500 à 700 r/tumeur, soit 15 jours après le début du traitement ;

— dans sa thèse, LAAGEL remarque ainsi que 16 % des malades irradiés devaient conserver une sténose serrée, ou après une amélioration passagère de brève durée évoluer vers une *obstruction totale* pouvant imposer une décision en cours de traitement.

L'amélioration n'est pas toujours stable et certains cas récidivent très vite localement. Cette reprise de la dysphagie n'est pas fatalement le fait d'une nouvelle poussée carcinomateuse. Une poussée d'œdème due aux troubles trophiques secondaires à l'irradiation, ou des phénomènes inflammatoires surajoutés aux lésions radiothérapiques peuvent en être la cause.

De toute façon, l'analyse soigneuse de la forme macroscopique permet le plus souvent de prévoir l'évolution probable de la dysphagie, les néoplasmes à prédominance infiltrante, ne donnant que des résultats moyens ou médiocres.

L'échec de la radiothérapie sur la dysphagie ne contre-indique pas pour l'avenir les manœuvres d'œsophagotubage.

II. — LA CHIRURGIE PALLIATIVE

Jusqu'en 1950, la chirurgie palliative du cancer œsophagien était limitée à la *gastrostomie*, intervention pratiquée depuis SEDILLOT (1849). Elle peut être comprise sous deux optiques différentes :

1. — La gastrostomie de principe.

La gastrostomie de principe qu'on pratique précocément dans les cas inopérables, sans tenir compte de la dysphagie, et qui permettrait pour certains un allongement du temps de survie et la mise en œuvre d'un traitement médical complémentaire.

2. — La gastrostomie de nécessité.

Souvent seule possible ou seule acceptée par le malade. Les conditions opératoires expliquent sa forte mortalité (25 % selon LACOUR, confirmés par SANTY et MICHAUD à Lyon). C'est elle que nous mettrons en parallèle avec les procédés d'intubation intratumoraux, puisqu'il s'agit d'une gastrostomie imposée par une dysphagie totale ou sub-totale.

La gastrostomie est en fait grevée chez la plupart des malades d'un déplorable résultat psychologique ; elle apporte une solution, mais sans espoir apparent.

3. — Il fallait donc y substituer des méthodes moins affligeantes et depuis 1950, des *opérations de dérivations* — *œsogastrostomie* ou *œsojejunostomie* — ont pu donner d'excellents résultats entre des mains expertes.

Née de la chirurgie d'exérèse, la chirurgie palliative réservée d'abord aux formes basses, a été ensuite appliquée aux lésions de l'œsophage thoracique moyen et supérieur.

Pour toute lésion située sur le bas œsophage on reste d'une absolue fidélité à l'anastomose œsogastrique latéro-latérale sus-tumorale. La seule voie d'abord thorique gauche

suffit, après incision du diaphragme, à la libération des attaches vasculaires de l'estomac, son ascension et son anastomose à l'œsophage sus-tumoral.

Cette chirurgie très pratiquée à une certaine période par l'école lyonnaise (SANTY - MICHAUD) a pu souvent supporter la comparaison de ses résultats à ceux d'un geste d'exérèse entrepris devant des lésions souvent trop étendues. Il semble en effet que de telles lésions risquent de subir à la suite d'une intervention chirurgicale incomplète une poussée évolutive plus défavorable que le maintien en place, sans aucune dissection, et la réalisation au-dessus d'elle d'une anastomose œsogastrique.

Dans ces cas, les indications restent très larges et l'on ne se laissera rebuter que par des conditions opératoires particulièrement défavorables.

Pour les tumeurs plus haut situées, le champ opératoire ne suffit plus à la libération de l'estomac qu'il faut remonter dans le thorax. On a donc proposé une très large thoracotomie, ou des thoracotomies étagées. L'école lyonnaise préfère préparer le temps thoracique par une gastrolise réalisée par voie abdominale dans un premier temps mais au cours de la même intervention. C'est un programme important, surtout lorsqu'on imagine que son but n'est que palliatif, et qui ne peut s'adresser qu'à des malades ayant conservé un excellent état général.

Lorsque la lésion est très haut située dans le thorax ou à la jonction cervico-thoracique, l'anastomose œsogastrique est impossible, car on imagine mal l'entreprise de faire monter au cou l'estomac après lui avoir fait traverser le thorax ; le geste chirurgical est trop important pour le résultat qu'on peut en attendre et serait pratiqué dans des conditions locales et générales défavorables. Donc, devant ces formes, on fait appel à des techniques d'œsophagoplastie extrathoracique aux dépens du jéjunum et du côlon.

4. — Actuellement, dans les formes basses, les auteurs semblent préférer à l'anastomose, les techniques de *Résection tumorale palliative* qui apportent des survies plus confortables.

III. — L'ŒSOPHAGOTUBAGE PAR VOIE HAUTE

A. — Le tube de Souttar.

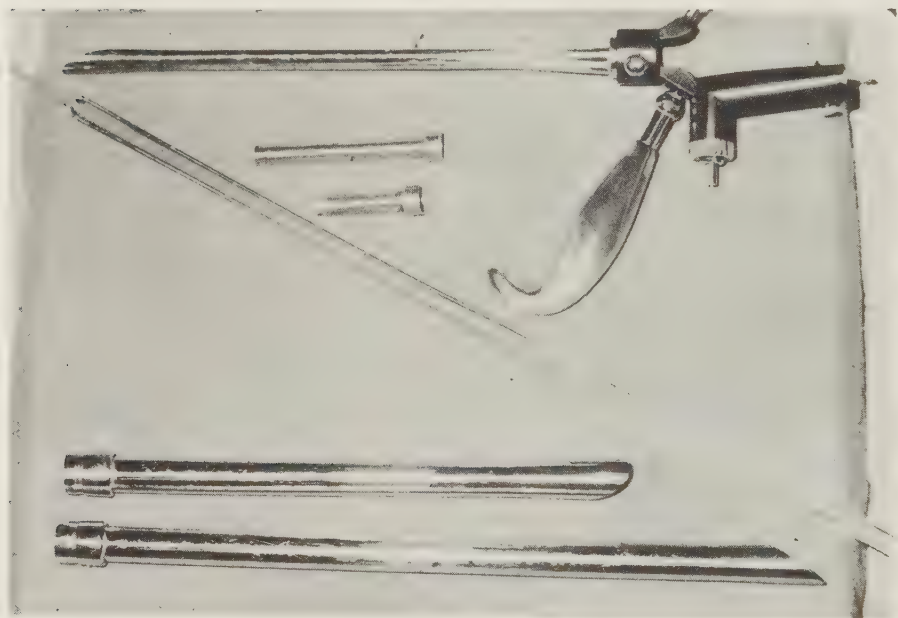
La mise en place d'un tube de Souttar se caractérise par sa simplicité si quelques principes directeurs sont respectés.

● LE MATÉRIEL utilisé comporte :

— le tube de Souttar, véritable boudin souple en argent de 10 cm de long, construit spécialement par la maison Lépine pour la Clinique O. R. L. de Lyon en modèles de 12 et de 14 cm. Il porte à son extrémité supérieure une colle-rette destinée à éviter sa chute.

— la mise en place de ce matériel nécessite un œsophagoscope de Négus, à gros diamètre. Le Souttar y glisse, poussé par une tige-guide ;

— le matériel d'œsophagoscopie habituel et des sondes en gomme de diamètre variable (22 à 25 mm).



ŒSOPHAGOTUBAGE MÉTALLIQUE. INSTRUMENTATION

De haut en bas :

- Œsophagoscope de HASLINGER normal,
- 2 tubes de SOUTTAR de longueurs différentes,
- En diagonale, la tige poussoir présentée autour de la sonde-guide,
- 2 tubes de NEGUS.

● LA TECHNIQUE D'INTUBATION.

— Sous *anesthésie générale*, que l'on préfère à une anesthésie locale, en théorie suffisante.

1° En pratique courante, on se contente d'administrer au malade un Thiogénal, sans intubation : l'oxygénation est réalisée à l'aide d'une sonde nasopharyngée.

2° Chez un sujet fragile ou si l'on prévoit un passage difficile, on réalise le schéma anesthésique suivant :

- Thiogénal ;
- curare à élimination rapide (type Succinylcholine) celocurine ;
- intubation et respiration assistée.

Cette préparation offre l'avantage, pour l'opérateur, d'un bon relâchement de la bouche de Killian, et pour le malade, celui d'une oxygénation parfaite. La présence de la sonde endo-laryngée ne gêne aucunement les manœuvres d'intubation.

— Dans un *premier temps*, après introduction d'un œsophagoscope de type courant, que l'on pousse jusqu'à rencontrer la tumeur, on procède à la dilatation de la lumière œsophagienne résiduelle à l'aide de bougies en gomme. Lorsqu'on a pu passer à travers le rétrécissement une sonde de diamètre satisfaisant, on retire l'œsophagoscope. Il est très important de savoir apprécier le passage de la sonde. Celle-ci, en effet, ne sera pas retirée avec l'œsophagoscope et servira de guide au tube de Souttar. Celui-ci ne saurait être poussé que si l'on est sûr que la sonde est réellement dans la « lumière œsophagienne restante ». En cas de doute, on s'abstiendra du cathétérisme explorateur.

Le cathétérisme préalable de la tumeur nous est apparu essentiel à mesure de notre expérience. *On peut dire que le passage aisé et efficace d'une sonde en gomme est non seulement le temps initial, mais le temps essentiel, car en pratique, le tube de Souttar pourra toujours être mis en place si une sonde de 22 à 23 a pu en faire le trajet.* Nous avons complètement abandonné l'intubation sans sondage préalable, car le risque de fausse route serait trop important et risquerait de discréditer la méthode. L'échec répété du cathétérisme équivaut donc à une indication de gastrostomie.

— Dans un *deuxième temps*, on introduit, en le faisant glisser sur la sonde laissée en place, le tube de Négus. L'œsophagoscope est amené au contact de la zone tumorale. Dans tous les cas, nous avons pu franchir facilement la bouche œsophagienne malgré le diamètre inhabituel du tube de Négus, et cela même chez la femme.

— La sonde laissée à travers le rétrécissement tumoral sert de guide au *tube de Souttar* que l'on y introduit à l'aide du poussoir. La manœuvre doit être assez énergique mais rester souple. Il ne faut pas descendre le tube plus qu'il n'est nécessaire, et sa collerette doit rester franchement visible au-dessus de la sténose. Cette dernière est toujours plus courte qu'on ne le croit et le véritable écueil est en fait le risque d'un tube poussé trop bas, et inefficace. Un test immédiat et fidèle de réussite est le reflux liquidien ou le passage d'air qui se produit quand la sténose est franchie et que la sonde dilatatrice est retirée, ce qui ne dispense pas d'un *contrôle baryté* pratiqué dans les heures qui suivent : on vérifiera sur le cliché, que la baryte passe bien à l'intérieur du tube et non autour. Si le tube semble être légèrement trop bas, on peut le remonter par une prise faite à la pince au niveau de la collerette. L'instrument peut être utilisé d'une autre manière : introduit dans la lumière du tube, celui-ci peut être mobilisé lorsque les mors de la pince ouverts viennent s'adosser à sa paroi.

Cet incident se rencontre d'autant plus volontiers que le calibre de la collerette du tube de Souttar est nécessairement limité par les dimensions intérieures du tube de Négus. L'introduction dans la technique œsophagoscopique de l'anesthésie générale et surtout de la curarisation, permet cependant de concevoir l'utilisation de tubes plus larges encore que le Négus classiquement utilisé, ce qui permettrait de *pallier à cet inconvénient*. Nous expérimentons actuellement, avec la même instrumentation de mise en place, des tubes plus légers avec un calibre utile supérieur de 1,5 mm au tube de Souttar tout en augmentant également de 1 mm le diamètre de la collerette supérieure, pour limiter les accidents de glissement. Ces tubes apparaissent beaucoup plus souples que l'instrumentation classique, ce qui peut être un inconvénient en nous obligeant à choisir des sondes dilatatrices de plus fort diamètre qui s'adaptent exactement aux dimensions nouvelles des tubes (sondes en gomme n^{os} 25 et 26).

Un incident parfois : le tube qui tombe dans l'estomac et qui signe un rétrécissement encore peu important. On saura attendre avant de poser l'indication d'un deuxième tubage.

B. — Le tube de Coyas.

Le principe de l'intubation est le même que celui du tube de Souttar. En 1955, COYAS apporte l'expérience d'un matériel qu'il utilise avec succès depuis deux ans. Le tube a les

caractéristiques de la canule de Souttar, mais en un matériau choisi pour améliorer la tolérance et dans le but d'être moins traumatisant que les tubes métalliques.

L'instrumentation comporte une canule en matière plastique introduite sur une bougie dilatatrice par un poussoir spécial.

La *canule* en chlorure de vinyl comporte 35 % de matière plastique :

- longue de 13 cm, elle offre un diamètre inférieur de 10 mm et extérieur de 14 mm ;

- à chaque extrémité, et sur une longueur de 2 cm, la paroi est plus épaisse pour former un collet cylindrique en haut et conique en bas, qui débordent de 1,5 mm et conçu pour éviter les fuites ;

- un anneau est inclus dans la paroi du collet pour permettre de localiser la canule aux rayons X. L'anneau de l'extrémité supérieure possède un pas de vis qui permet de fixer le poussoir à la canule.

Le *poussoir*, long de 70 cm, est formé de deux petites tiges parallèles réunies par un anneau à chaque extrémité.

La *bougie* est exploratrice et dilatatrice. En gomme et d'une longueur de 70 cm, son diamètre est égal au diamètre inférieur de la canule de Coyas. Sa surface est graduée de 5 en 5 cm.

A l'intérieur est logé un mandrin métallique de même longueur, qui laisse l'extrémité de la bougie libre et souple. Il lui assure la rigidité indispensable.

Nous l'avons dit, la technique d'intubation est celle du tube de Souttar.

- Les avantages de l'intubation plastique nous ont paru plus théoriques que réels : repérage radiologique moins facile et surtout, en cas d'élimination basse, inconvénients digestifs beaucoup plus importants qu'avec le tube de Souttar.

IV. — L'ŒSOPHAGOTUBAGE PAR VOIE BASSE

A. — Le tube de Kropff.

MANUEL OPÉRATOIRE :

Tel qu'il avait été décrit par KROPFF, il comportait un temps d'œsophagotomie cervicale. Cette voie d'abord de

l'œsophage est apparue bien plus dangereuse que l'abord des voies naturelles, sans présenter d'avantages notables. La technique initiale a donc été modifiée et comporte les temps opératoires suivants :

- repérage du trajet œsophagien par un fil plombé que l'on fait avaler au malade ;

- lorsque le contrôle radiologique montre que l'extrémité inférieure du fil (dont l'extrémité supérieure sort toujours par la cavité buccale) a franchi la sténose et est descendue dans l'estomac, on pratique une gastrotomie qui en permet la récupération ;

- à l'extrémité supérieure du fil est attachée une tige métallique souple et longue que l'on peut alors attirer vers le bas, ses deux extrémités restant accessibles, l'une dans la bouche et l'autre à travers l'orifice de gastrotomie.

- on visse alors sur l'extrémité inférieure une olive métallique et à l'autre extrémité de cette olive une deuxième tige souple identique à la première. On peut alors, par des mouvements de va-et-vient, réaliser une dilatation de la sténose, dilatation de plus en plus marquée à mesure que l'on remplace l'olive par d'autres de calibre progressivement croissant ;

- lorsque la dilatation semble suffisante pour permettre le passage du tube de Kropff, la dernière olive utilisée est attirée dans la cavité buccale, puis dévissée et remplacée par un tube de Kropff monté sur un cône. L'ensemble est alors mobilisé vers le bas pour installer le tube, dont l'extrémité inférieure est sectionnée dans l'estomac le plus haut possible. C'est déjà prévoir l'intérêt que l'on peut porter à cette méthode dans l'intubation des lésions œsophagiennes très basses.

B. — Le tube de Mousseau.

MOUSSEAU apporte un *matériel* qui représente une variante du tube de Kropff avec une technique d'intubation simplifiée.

Les modifications essentielles portent sur les points suivants :

- l'extrémité inférieure du tube de Kropff est biseautée et mousse, mais serait offensante pour les bourgeons très vascularisés des tumeurs exophytiques. Le tube de Mousseau offre une extrémité inférieure qui se continue sans relief avec une sonde d'Eudel qui sera supprimée en fin d'intervention ;

— la collerette supérieure du tube de Kropff, bien qu'adoucie, risquait de provoquer un bourrelet d'œdème par compression linéaire et circulaire de l'œsophage. On évitera cet incident en donnant à la collerette supérieure la forme évasée d'un cône d'une hauteur de 4 cm. Collerette moins offensante quoique plus large que celle de Kropff, parce que plus souple. De toute façon on retrouve le même avantage théorique que dans la méthode de Kropff, qui est de mettre en place un tube alimentaire de calibre plus important que le Souttar.

La *technique d'introduction* est plus simple aussi :

— cathétérisme œsophagien par la sonde d'Eudel montée sur son mandrin rigide ;

— par une courte gastrotomie haute, on saisit l'extrémité inférieure de cette sonde ;

— dans le pavillon de la sonde, resté hors de la bouche, on engage et fixe le biseau inférieur du tube de Mousseau.

Il suffit alors de mobiliser de haut en bas cet attelage, puis de couper à hauteur convenable au-dessous du cardia l'extrémité inférieure du tube après sa mise en place.

Si la sténose ne peut être franchie, on retire le tube en exerçant des tractions sur un fil attaché au cône supérieur.

CHAPITRE III

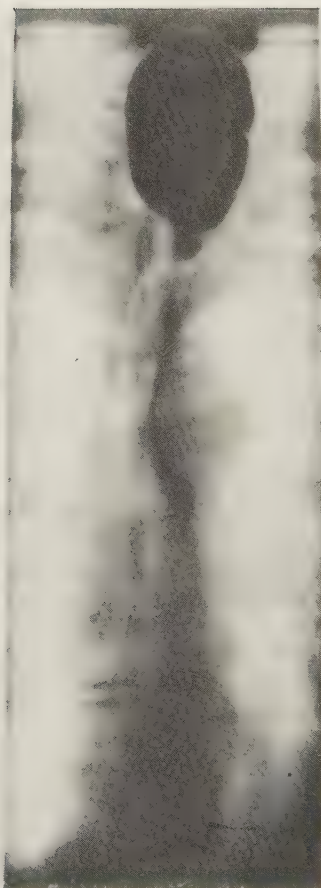
INDICATIONS DE L'INTUBATION ŒSOPHAGIENNE

L'indication de l'intubation palliative par voie haute ou basse dans les cancers de l'œsophage ne se discute qu'en cas de dysphagie, et en concurrence seulement avec la gastrostomie. Dans tous les cas où une chirurgie curatrice reste possible, celle-ci doit évidemment être préférée à l'intubation. C'est le cas, en particulier, des lésions du tiers moyen encore limitées si l'état général du malade est bon ; et plus encore pour les lésions basses, on peut rester très large d'indications et le chirurgien ne se laissera rebuter que par des conditions particulièrement défavorables. D'autre part, lorsque la lésion est trop étendue pour être extirpable, l'indication d'intubation ne devra pas être nécessairement discutée d'emblée, mais seulement au moment où la dysphagie ne permet plus qu'une alimentation insuffisante. *Ces indications se discutent donc essentiellement par rapport à celles de la gastrostomie de nécessité.* Son but n'est pas l'espoir de survies plus longues, mais seulement l'avantage pour le malade d'un grand confort alimentaire et psychologique en lui permettant d'utiliser le plus longtemps possible, pour sa nutrition, les voies digestives naturelles.

I. — Le tube de Souttar.

L'indication type du tube de Souttar est la lésion en virole, régulière et bien centrée du tiers moyen de l'œsophage (fig. p. 28).

Cependant, des variantes autour de cette condition anatomique idéale ne représentent pas nécessairement un obstacle à la réalisation d'une intubation.



Virole Néoplasique cerriico-thoracique. Indication préférentielle de SOUTTAR,
avec 4 à 5 cms d'œsophage cervical sain.

A. C'EST POURQUOI UN BILAN RADIOLOGIQUE PRÉ-OPÉRATOIRE
PRÉCIS EST INDISPENSABLE.

Il devra préciser :

1. — *La hauteur de la lésion :*

- une lésion trop haute débutant près de la bouche œsophagienne est une mauvaise indication car la collerette du tube se trouvant à l'étroit entre la colonne cervicale et le chaton cricoïdien risque d'être mal tolérée ;

- une lésion trop basse est également une mauvaise indication car l'extrémité inférieure du tube est alors ballante

dans l'estomac. Il est évidemment possible d'éviter cet inconvénient en réalisant des tubes très courts ; mais même dans ce cas, l'expérience nous a montré que les tubes sont soit mal tolérés, soit rapidement éliminés, en raison sans doute de leur mobilisation continuelle lors des mouvements diaphragmatiques.



Néoplasme de l'œsophage thoracique. Localisation haute rétroaortique.
Bonne indication de SOUTTAR.

2. — *La longueur de la lésion.*

On saura tenir compte de l'agrandissement radiologique, appréciation importante à faire avant de se lancer dans une intubation. Les tubes métalliques sont courts (10 cm) classiquement. A l'usage de la Clinique O. R. L. de Lyon, des tubes de 12 et 14 cm ont été réalisés qui sont suffisants dans la plupart des cas, car la partie réellement sténosante d'une tumeur est toujours plus courte qu'on le pense, les doubles localisations restant évidemment un obstacle à l'intubation.

3. — *Le caractère plus ou moins axial du défilé résiduel.*

Une filière très excentrée est difficile à cathétériser et dans ce cas le risque de perforation au cours des manœuvres de dilatation est considérablement majoré. Il faudra tenir compte également d'une déformation possible de l'œsophage par des malformations annexes : ainsi une cyphoscoliose qui dévie l'axe du conduit œsophagien peut être un obstacle absolu à l'introduction ou être cause de sa mauvaise tolérance si on a pu la réaliser.

B. — Aussi précis soit-il, le bilan radiologique ne permet pas, dans tous les cas, d'établir de manière absolue le diagnostic étiologique de la sténose œsophagienne constatée, ou d'affirmer de façon certaine les caractéristiques anatomiques de ce rétrécissement. C'est dire tout L'INTÉRÊT DE L'ŒSOPHAGOSCOPIE pour poser l'indication thérapeutique :

— elle permet, mieux que la radiographie, de préciser exactement le *siège des lésions* haut situées par rapport à la bouche de Killian ;

— elle seule permet d'affirmer avec certitude *l'importance de la sténose* que ni la radiologie, ni la clinique ne peuvent apprécier, dans la mesure en particulier où un corps étranger alimentaire, facilement éliminé par aspiration, a pu venir transformer une sténose modérée en sténose sub-totale ;

— souvent d'ailleurs, seules les tentatives de *calibrage* permettent de dire si oui ou non l'indication peut être maintenue. Et nous avons vu plus haut que ces tentatives durent parfois être répétées au cours d'œsophagoscopies successives ;

— l'endoscopie, en visualisant la lésion, a l'énorme intérêt de *redresser* éventuellement des *erreurs de diagnostic* et dans le doute, c'est parfois dans un second temps, après avoir eu confirmation par l'histologie, que l'intubation sera pratiquée.

Encore l'œsophagoscopie ne permet-elle pas toujours de trancher au premier examen, et nous rapportons l'observation de deux malades porteurs de sténose peptique qui furent intubés avec le diagnostic de néoplasme de l'œsophage. Chez l'un, le diagnostic réel a été redressé assez rapidement grâce au résultat de la biopsie, faite sur une lésion macroscopiquement suspecte de malignité et intubée d'emblée. Chez l'autre, par contre, trois tubes de Souttar ont été posés successivement pour perméabiliser une sténose à 32 cm. L'inhabituelle survie après trois ans d'évolution faisait seule douter qu'il puisse s'agir d'un cancer à marche lente, lorsque la biopsie a finalement apporté la clé du diagnostic.

Dans ces deux cas, l'intubation avait été très bénéfique et l'état général des malades rendu précaire par la dysphagie sévère, a été très rapidement amélioré (reprise de 20 kg en quelques mois chez l'un de nos malades). Nous nous permettons, à l'occasion de ces observations cliniques, de déborder le cadre que nous nous étions fixés pour dire que dans certains cas où l'œsophagoscopie apporte la surprise d'une sténose bénigne là où l'on s'attendait à se heurter au cancer, on peut parfois être amené à poser l'indication d'intubation temporaire, qui permettrait une reprise de l'état général en attendant le geste chirurgical qui sera fait secondairement.

C. — En cas de doute, il est toujours plus utile de COMPLÉTER L'ŒSOPHAGOSCOPIE PAR UNE BRONCHOSCOPIE à la recherche d'un envahissement trachéal qui représente une contre-indication absolue, car l'intubation comporte alors le risque de hâter l'évolution vers la constitution d'une *fistule œsotrachéale*.

Lorsque cette dernière existe d'emblée, la brièveté du tube de Souttar ne permettant pas de court-circuiter de façon absolue, il vaut mieux renoncer à cette méthode et recourir à la gastrostomie.

De même, lorsqu'il existe une *diplégie récurrentielle* avec fausses routes alimentaires, quelle que soit par ailleurs l'allure de la sténose, la gastrostomie s'impose puisqu'il est impossible de poursuivre l'alimentation par voie buccale

D. — DEUX POINTS PARTICULIERS doivent être encore précisés :

— Lorsqu'un *traitement radiothérapique* a été tenté pour pallier à l'évolution d'une tumeur maligne de l'œsophage, et qu'il n'a pas empêché la constitution d'une sténose

progressive, l'intubation œsophagienne peut encore être discutée. Un traitement préalable par les agents physiques ne constitue en aucune manière une contre-indication. Nous avons compulsé 25 observations de sujets ainsi traités par radiothérapie conventionnelle ou Cobalt, puis intubés. Nous n'avons relevé qu'une seule perforation manifestement due à l'intubation.

— La mise en place d'un tube de Souttar peut également être discutée devant les *récidives locales* après chirurgie d'exérèse pratiquée dans un but curatif. Nous avons retrouvé 7 observations où ces intubations palliatives dans de tels cas ont été réalisées, toujours avec succès.

II. — Les tubes plastiques.

A la Clinique O. R. L. de Lyon, une quinzaine de tubes plastiques ont été utilisés. Le tube de Kropff a paru préférable au matériel de Mousseau dont l'entonnoir a été responsable à trois reprises de son rejet par voie buccale.

Ces tubes n'ont été utilisés que dans les cas où le Souttar était contre-indiqué :

— plus longs que le Souttar, les tubes plastiques permettent la perméabilisation de longues sténoses (en particulier les doubles localisations) ;

— leur indication préférentielle restant les tumeurs du bas-œsophage, là où échoue le tube de Souttar qui serait rapidement éliminé par les contractions diaphragmatiques. Souttar, en 1924, préconisait pourtant son utilisation pour reperméabiliser le cardia, à condition de recourber le tube pour éviter son expulsion par les contractions gastriques ;

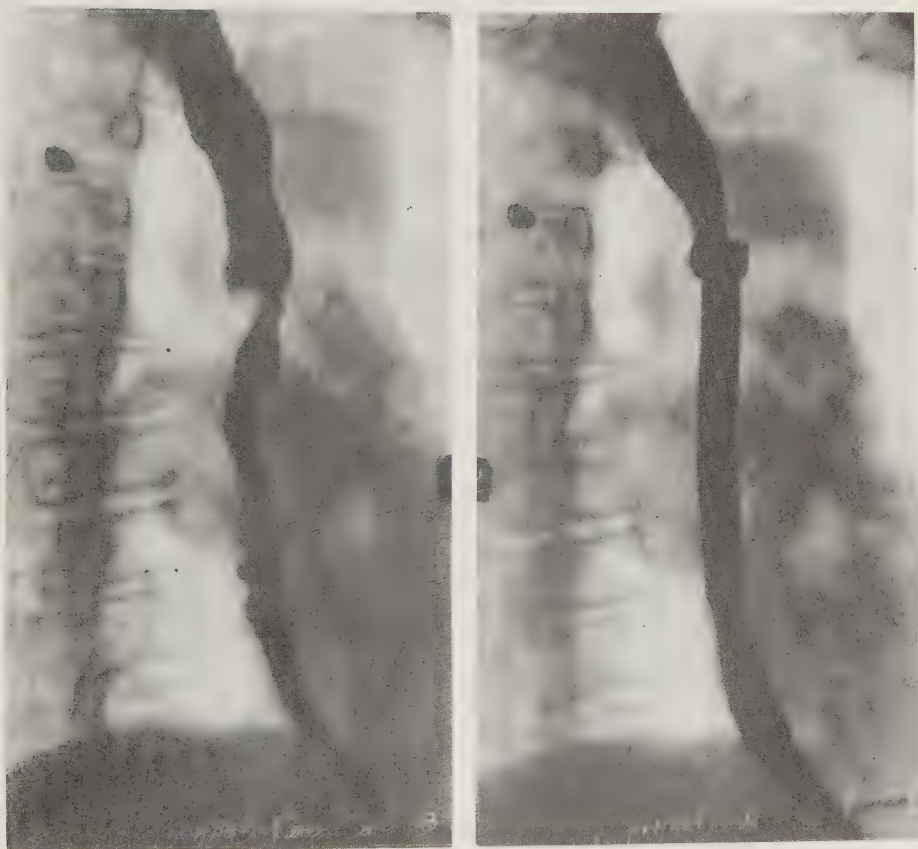
— par contre, dans les lésions hautes, alors que la mise en place d'un tube de Souttar est parfois possible, les tubes plastiques sont toujours mal tolérés en raison des grandes dimensions de l'entonnoir supérieur ;

— il semble que leur utilisation soit encore possible dans certains cas de fistules œso-trachéales qu'ils court-circuitent de façon satisfaisante ;

— ils permettent enfin la poursuite d'un traitement radiothérapique, sans risque d'effets secondaires.

Selon nous, les indications de l'intubation par voie basse complètent heureusement celles de l'intubation par voie haute.

Dans les cas où les deux techniques sont possibles, *notre préférence va très largement à l'intubation haute*, beaucoup plus simple. L'intubation par voie abdominale nous semble surtout une méthode de repli chirurgical que pourraient utiliser les chirurgiens avec profit, devant l'exérèse impossible d'une sténose néoplasique basse.



Néoplasme œsophagien sous aortique.
SOUTTAR en place avec bonne perméabilité, souple, en fuseau.

CHAPITRE IV

INCIDENTS ET ACCIDENTS DE L'ŒSOPHAGOTUBAGE

A. — INTUBATION METALLIQUE

I. — Généralités.

Les incidents et accidents de l'intubation œsophagienne par voie haute apparaîtront facilement lorsqu'on aura mis en valeur :

- les conditions qui favorisent les accidents de l'œsophagoscopie en général ;
- les conditions particulières au Souttar.

1° L'ŒSOPHAGOSCOPIE EN GÉNÉRAL présente un risque que l'entraînement de l'endoscopiste ne peut totalement éliminer et qui tient aux conditions anatomiques :

a) *La nature même de l'œsophage* avec la présence du sphincter de la bouche de Killian ou du cardia, zones de rétrécissement où peut buter l'œsophagoscope ; la souplesse de la paroi où le bec de l'œsophagoscope peut s'invaginer en créant un cul-de-sac très favorable à la perforation ; spasmes possibles qui gênent la progression du tube en le rendant plus dangereux ;

b) *Les rapports anatomiques* que contracte l'œsophage avec les régions avoisinantes du cou puis du thorax :

— *le médiastin* réalise un long espace décollable rétro-œsophagien, qui s'étend de la base du crâne au diaphragme sans cloisonnement cervical ou thoracique et fort propice aux diffusions de toute nature après fissuration de l'œsophage. Le médiastin antérieur est plus cloisonné et en principe la diffusion y sera moindre ;

— *les plèvres*, en rapport étroit avec l'œsophage. Si, au-dessus du pédicule pulmonaire, œsophage et plèvre sont

séparés à droite par la crosse de l'azygos, la veine cave supérieure et le tronc artériel brachiocéphalique, comme à gauche la crosse de l'aorte et l'artère pulmonaire, par contre, au-dessous des pédicules pulmonaires les rapports sont très intimes. En outre, l'existence de divers culs-de-sac pleuraux : interaortico-œsophagien et interazygo-œsophagien ou encore pré-œsophagien rendent l'intimité encore plus grande. La fragile barrière pleurale sera aisément rompue et servira à la propagation de l'infection périœsophagienne.

2° LE TUBE DE SOUTTAR est mis en place dans un œsophage tumoral, fragilisé car :

— au-dessus de la lésion, on observe la constance d'une *œsophagite de stase* ;

— au niveau de la lésion elle-même, la paroi œsophagienne musculaire est remplacée par un *tissu tumoral friable* où peut ne persister qu'une lumière en chicane qui favorise les fausses routes lorsqu'on met en place la sonde guide.

La fragilité de l'œsophage tumoral, le caractère agressif des manœuvres de mise en place du Souttar expliquent la possibilité des accidents. Mais il convient surtout d'en expliquer la gravité : une perforation au sein d'un œsophage tumoral a peu de chances de cicatriser spontanément mais laisse plus volontiers persister une fistule, alors qu'il ne saurait être question d'envisager une suture de la brèche en pleine tumeur.

II. — Incidents.

Ils sont relativement fréquents et arbitrairement nous les classons en deux groupes selon qu'ils sont :

— *liés au tube lui-même* ;

— *liés à la paroi œsophagienne pathologique*.

1° LE TUBE DE SOUTTAR, métallique, est donc d'un poids relativement important, malgré un faible diamètre et n'est que faiblement amarré par le débordement de sa collerette de sécurité.

a) L'incident le plus courant paraît bien être son *glissement* :

— Le tube peut tomber dans l'estomac. Il y sera parfaitement toléré et éliminé par les voies naturelles, sans inquiéter davantage le malade qui le découvrira sans doute un jour dans une selle. Nous rapportons cependant l'observation

d'un sujet qui avait été intubé et qui avait dû être hospitalisé par la suite avec un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite. On avait pu vérifier radiologiquement la présence — que l'on avait soupçonnée à la palpation — du tube, au niveau du cœcum, lorsque le malade est mort assez brutalement dans un tableau d'hémorragie interne. Malheureusement, la nécropsie n'a pu être faite qui aurait peut-être dégagé la responsabilité du tube de Souttar.

On ajoutera que toujours, ou presque, le tube qui a franchi la sténose néoplasique et tombe dans l'estomac, laisse après son passage une amélioration de la dysphagie par « l'effet de balayage » qu'il occasionne, et qui peut persister parfois plusieurs mois. S'il est nécessaire, on n'hésitera pas à remettre un tube en place.

— Ce problème de la chute du tube à travers la lésion doit être considéré sous deux angles tout à fait différents :

- lorsque l'incident survient *au cours de la mise en place du tube*, chez le malade de première main, il témoigne en général d'une sténose moins serrée que ne le laissait supposer le dossier radiologique. Le malade sera convoqué 3 à 4 semaines plus tard. Parfois, cependant, il s'est agi d'un véritable accident technique dans une sténose cependant serrée : le tube ne peut pas être remonté à la pince ; la question se pose alors d'abandonner le premier et de mettre en place un deuxième tube. Cet incident nous est arrivé quelques fois : il témoigne de l'importance du contrôle tactile de la mise en place, la bague ne devant pas dépasser la limite supérieure de la sténose ;
- lorsque la chute du tube survient *secondairement*, c'est dans ce cas que « l'effet de balayage » produit devra être considéré attentivement sur le plan fonctionnel. Si la dysphagie est modérée, il peut y avoir intérêt à attendre pour pratiquer une nouvelle intubation. L'expérience montre que c'est très habituellement au « cap du 3^e mois » que le malade perd son tube. Suivant les conditions générales également, le bilan laryngé, la recherche d'une fistule, une seconde ou même troisième intubation pourront être réalisées, avec là aussi la double alternative : soit de l'urgence si la dysphagie est totale, soit de l'indication retardée si le malade reste peu dysphagique après la perte du tube.

— Sans qu'il y ait chute dans l'estomac, le tube peut glisser tout en restant retenu par la sténose cancéreuse,

incident que l'on soupçonne devant la reprise de la dysphagie et que confirmera la radiologie. Devant une telle éventualité, l'attitude de l'opérateur peut être la suivante : si l'on peut, en pratiquant une œsophagoscopie, repérer la collerette du tube, on cherchera à la saisir à l'aide d'une pince à griffes pour le remonter ensuite. Parfois, c'est un échec, soit que l'ayant vu, on ne puisse le mobiliser sans risque grave pour la paroi ; dans ces conditions, l'opérateur devra décider la mise en place sur le premier d'un second tube, ou se résoudra à une gastrostomie si cette manœuvre s'avère impossible.

b) Le faible diamètre du tube de Souttar explique son *obstruction* :

— obstruction qui peut être due à une *mauvaise hygiène alimentaire*. Il n'est que trop nécessaire de rappeler au malade qu'il doit s'astreindre à passer les aliments solides à la « moulinette ». Le confort alimentaire que procure le tube de Souttar fait rapidement perdre au sujet toute prudence en ce domaine (nous avons retrouvé l'observation de tubes obstrués par un comprimé d'Aspirine... même une coquille d'escargot !).

— plus souvent, l'obstruction est réalisée par un *bourgeon néoplasique* qui se développe au-dessus de la collerette supérieure du tube. L'attitude adoptée dans ce cas peut être codifiée ainsi : l'opérateur cherchera à réséquer à la pince ces bourgeons, ou bien remontera légèrement le tube pour réasseoir la collerette supérieure en bonne position.

Là aussi, le bourgeonnement et l'extension secondaire de la tumeur peuvent représenter au bout de deux à trois mois, parfois beaucoup plus tard, un échec secondaire de l'intubation qui imposera une gastrostomie. Celle-ci aura été cependant retardée, au bénéfice du malade. C'est ainsi que dans un grand nombre de cas, la gastrostomie a dû s'imposer au bout de quelques mois : cela ne nous apparaît pas une critique contre la méthode, mais témoigne de la bonne tolérance d'un grand nombre de ces intubations ; le maintien d'un bon état général et les difficultés secondaires des manœuvres endoscopiques conduisent à une gastrostomie très retardée.

2° D'autres incidents sont à mettre sur le compte de LA PAROI ŒSOPHAGIENNE :

a) la très banale *réaction thermique* après intubation et qui peut être la traduction d'une petite fissuration avec réaction médiastinale, qui cède toujours aux antibiotiques.

b) le *tube qui est mal toléré* en particulier lorsqu'il s'adapte mal à la courbure pathologique de l'œsophage. Devant le risque d'une perforation secondaire à plus ou moins brève échéance, il est préférable de pratiquer l'ablation du tube et de demander une gastrostomie de nécessité.

III. — Accidents.

● Classiquement, les *perforations* dont est responsable l'endoscopie œsophagienne réalisent une brèche d'importance variable :

- large ouverture de la paroi avec emphysème immédiat des espaces voisins,
- fissuration de faible diamètre mais perforante,
- lésion incomplète aboutissant à la formation d'un abcès sous-muqueux qui peut s'ouvrir secondairement,
- simple érosion de la muqueuse qui peut s'infecter.

● Classiquement encore, *l'évolution clinique réalise divers tableaux*, s'il y a ou non participation des organes de voisinage :

- la symptomatologie peut rester cervicale ou thoracique,
- le plus souvent, elle traduit un retentissement médiastinal,
- l'atteinte pleurale se faisant d'emblée, ou plus tardivement : épanchement, pneumothorax, puis pyopneumothorax.

● *Le Souttar qui perfore l'œsophage* est un accident au tableau généralement gravissime à évolution rapide. Cela tient aux conditions anatomiques particulières d'une part, et d'autre part au fait qu'à l'effraction médiastinale, s'ajoute bien souvent une fissuration trachéale ou bronchique avec constitution d'une fistule œsotrachéale ou œsobronchique, et de fait, dans nos observations, nous n'avons pas relevé le cas de malades ayant eu le temps de constituer un pyopneumothorax ou abcès du poumon. Nous avons surtout relevé des médiastinites avec phénomènes d'encombrement bronchique.

La perforation est le plus souvent réalisée au niveau même de la tumeur dont nous savons la fragilité. Elle peut se faire plus rarement sur œsophage sain au cours de l'œsophagoscopie préparatoire à l'intubation.

● LE DIAGNOSTIC d'un accident de cette nature est sans problème ; la scène clinique est très évocatrice.

— *La douleur* : précoce, survient dans les heures qui suivent les manœuvres endoscopiques. Elle a généralement un caractère de brutalité. Elle peut souvent être localisée en fonction de la hauteur de la perforation : au niveau du cou dans les perforations cervicales, rétrosternale dans les perforations de l'œsophage moyen, séméiologie abdominale dans les atteintes basses.

— *La dysphagie* qui l'accompagne est constante, mais pas totale.

— *Une élévation thermique* marquée qui signe la participation du médiastin.

— *Un bilan radiologique* peut être fait qui met en évidence le plus souvent (sur les clichés de profil) un emphyème localisé rétroœsophagien, qui signe une perforation assez importante. Mais on doit savoir qu'une effraction minime de la paroi sans fuite d'air peut s'accompagner aussi de médiastinite grave.

— *L'œsophagoscopie*, en principe, est à éviter, pour la raison très compréhensible qu'elle risque d'aggraver la brèche pariétale.

● LE PRONOSTIC de telles complications reste grave : la plupart de nos malades n'ont pas survécu à la diffusion de l'infection aux organes de voisinage.

● LA CONDUITE THÉRAPEUTIQUE peut être schématisée ainsi : administration très large d'antibiotiques, installation d'une sonde de gastrostomie, et surtout abstention de tout geste chirurgical ou endoscopique. Tout au plus, peut-on tenter parfois l'ablation très prudente du tube de Souttar.

Dans les perforations sur néoplasmes étendus seulement justiciables d'une thérapeutique palliative, il ne saurait être question ni d'un abord par voie transpleurale pour suture en plein tissu néoplasique, ni bien entendu d'une œsophagectomie. Les seuls gestes à discuter sont l'ablation du tube et la gastrostomie.

Au total, dans notre statistique, nous n'avons observé que 12 accidents et leur gravité est certaine puisque nous avons eu 6 décès. En fait, ces accidents représentent un pourcentage minime : 2,4 % et un taux de mortalité très faible (1,2 %) infiniment moindre qu'avec les autres méthodes d'intubation et la gastrostomie.

Cette notion de relative inocuité de la méthode, nous la verrons apparaître tout au long du chapitre consacré aux résultats thérapeutiques.

Cette notion doit cependant être tempérée par le fait qu'à moyen terme, le tube de Souttar pourrait favoriser l'apparition de fistules œsotrachéales ou œsobronchiques constituées à bas bruit.

● L'intérêt majeur de l'intubation par voie haute reste la simplicité de la méthode, la possibilité de rétablir très rapidement la déglutition et de permettre la réhydratation d'un malade qui nous est souvent confié avec une sténose cliniquement totale. Le sujet peut boire dès le réveil, à la condition essentielle que le médecin ait vérifié l'indolence œsophagienne à la respiration profonde, sans la confondre avec la douleur inhérente au passage de la bouche œsophagienne. Au moindre doute, cette alimentation liquide doit être retardée pour permettre la surveillance chez ce malade hospitalisé : c'est attendre alors le soir ou le lendemain une radiographie de contrôle, l'évolution de la courbe thermique et la décision thérapeutique.

B. — INTUBATIONS PLASTIQUES

A la clinique O. R. L., nous n'avons qu'une expérience très limitée de ces tubes : les résultats des premiers cathétérismes n'ont pas paru assez satisfaisants pour justifier le plus large usage de ce mode d'intubation, dans tous les cas où le Souttar pouvait être avantageusement utilisé.

Nous avons retrouvé l'observation de 14 malades ainsi traités : 5 tubes de Mousseau et 9 tubes de Kropff. Celui-ci nous a paru être préférable au précédent, dont le pavillon supérieur était assez mal toléré et a provoqué le rejet spontané du tube chez trois de nos malades.

Dans la littérature, nous avons noté outre les complications post-opératoires de la gastrotomie (intervention jamais banale chez des sujets très affaiblis), et le risque de perforation œsophagienne, les phénomènes douloureux très fréquents dont se plaignent les malades ; algies qui sont généralement rétro-sternales et qui réduisent d'autant le « confort » que procurent ces tubes. Elles peuvent s'exacerber lors de l'alimentation en véritable odyndophagie et parfois même dysphagie qui serait due à la formation d'un bourrelet œdémateux au niveau de l'orifice supérieur du tube plastique.

Les ennuis les plus fréquemment rapportés restent les vomissements qui sont le plus souvent post-prandiaux et dus à la suppression du sphincter cardiaque ; mais ils traduiraient parfois une véritable intolérance au tube, une réaction de l'œsophage au corps étranger avec risque de rejet qui oblige à l'administration d'antispasmodiques.

CHAPITRE V

RESULTATS

Nous apportons ici le bilan de dix années de pratique de l'intubation palliative par le tube de Souttar dans les « cancers dépassés » de l'œsophage.

L'importance de notre statistique s'explique par le fait que l'école lyonnaise a été une des premières à utiliser cette technique lorsqu'elle a été réintroduite en France par RESANO en 1952.

Nous lui sommes restés fidèles depuis, et nous avons réservé à des indications rares et particulières la pratique de l'intubation plastique par voie basse, plus récente, largement utilisée par d'autres auteurs et dont nous ne méconnaissions pas l'intérêt.

Les difficultés que l'on rencontre à suivre de façon régulière et valable les malades arrivés à un stade de leur évolution assez avancé pour justifier une telle thérapeutique, expliquent le caractère fragmentaire des données statistiques que nous apportons. Elles portent cependant sur un nombre d'observations suffisamment important pour que l'on puisse en dégager, sinon une idée mathématique exprimée en pourcentage, du moins une impression générale.

De 1954 à 1964, l'indication du tube de Souttar fut posée chez 353 malades atteints de néoplasme œsophagien dont l'évolution avait dépassé toute autre ressource thérapeutique. Chez certains de ces sujets, une chute prématurée du tube a nécessité une reprise de l'intubation. C'est ainsi que :

- chez 65 d'entre eux, nous avons été amenés à mettre en place deux tubes à intervalle de temps plus ou moins grand ;
- chez 13 autres, trois tubes ont été successivement passés ;

— l'un de nos malades a même été intubé à cinq reprises.

Par ailleurs, nous faisons entrer dans notre statistique 46 interventions diverses de libération d'un tube obstrué par un bourgeon néoplasique ou un corps étranger, et de reposition d'un tube légèrement descendu.

Au total, nous faisons état de 491 endoscopies pour tube de Souttar. Celui-ci était destiné à reperméabiliser des sténoses de l'œsophage moyen, ainsi qu'il apparaît au dépouillement que nous avons pu faire de 277 observations où nous avons relevé 65 lésions hautes (arbitrairement jusqu'à 24 cm des arcades dentaires), 191 lésions de l'œsophage moyen (de 24 à 34 cm des arcades dentaires), et seulement 21 lésions du bas œsophage.

Ces chiffres apparaissent dans le tableau ci-après :

TABLEAU I

Nombre de malades intubés	353
Nombre de malades ayant eu :	
● 2 tubes de Souttar	65
● 3 tubes de Souttar	13
● 5 tubes de Souttar	1
Nombre total de tubes mis en place	445
Manœuvres de désobstruction et reposition de tubes de Souttar	46
Total des interventions pour tube de Souttar	491
Hauteur des lésions :	
	Lésions hautes 65 (cervicales et cervico-thoraciques)
établie chez 277 malades	Lésions moyennes 191 (sus- et rétro-aortiques)
	Lésions basses 21 (sus-diaphragmatiques)

I. — Répartition des observations.

Ainsi que nous l'avons signalé, il ne nous a pas été possible de suivre de manière régulière tous les sujets traités ; il s'agit en particulier de malades hospitalisés dans d'autres services que nous n'avons endoscopés qu'en tant que consultants et dont nous n'avons pas toujours retrouvé l'observation. De telle sorte que nous avons pu consulter seulement 277 dossiers. Et encore, parmi ceux-ci tous n'ont pas pu être dépouillés avec la même précision. Il faudra éliminer encore 31 observations de malades complètement perdus de vue

si bien que notre statistique porte essentiellement sur le dépouillement de 246 observations.

La précision plus ou moins grande des renseignements que nous avons pu obtenir nous oblige à répartir les dossiers en 3 catégories :

1^{er} groupe : malades suivis pendant toute la durée d'utilisation du Souttar.

2^e groupe : malades suivis régulièrement et perdus de vue à un moment où le tube était encore en fonctionnement.

3^e groupe : malades perdus de vue après intubation et dont on connaît la date du décès par enquête d'état civil.

A. — RÉPARTITION DES OBSERVATIONS DES MALADES DU

1^{er} GROUPE :

Chez les malades qui ont pu être suivis très complètement, la durée d'utilisation du Souttar apparaît dans le tableau ci-dessous :

MALADES SUIVIS PENDANT TOUTE LA DUREE D'UTILISATION DU SOUTTAR

Mois	Nombre de malades
1	11
2	27
3	33
4	17
5	15
7	16
9	6
11	1
1 an et +	3
TOTAL	131

La *durée moyenne d'utilisation du Souttar* s'établit donc à 4 mois.

Parmi ces 131 malades, 63 ont été finalement gastrotomisés et 16 sont morts dans les jours qui ont suivi cette intervention. Les 68 autres ont utilisé le Souttar jusqu'au décès.

B. — RÉPARTITION DES OBSERVATIONS DES MALADES DU

2° GROUPE :

Il s'agit de 21 sujets porteurs de tube de Souttar qui ont été suivis en consultation pendant un certain nombre de mois puis perdus de vue alors que l'intubation fonctionnait de manière satisfaisante.

Chez ces malades, la durée de surveillance a été :

Mois	Nombre de malades
2	3
3	3
4	5
5	6
7	3
10	1

La *durée moyenne d'utilisation* du Souttar est très voisine de celle des malades du 1^{er} groupe et s'établit aux environs de 4 mois. La durée réelle d'utilisation ne doit donc pas être très différente.

C. — Beaucoup de sujets ont été perdus de vue très rapidement, mais pour 94 d'entre eux, il nous a été possible, grâce à des enquêtes d'état civil, de connaître avec précision la date du décès.

Les écarts entre ces décès et la date de mise en place du Souttar apparaissent dans le tableau ci-dessous :

SURVIE TOTALE APRES INTUBATION

Mois	Nombre de malades
1	2
2	9
3	11
4	18
5	21
7	13
9	14
11	2
1 an et +	4
TOTAL	94

La durée réelle d'utilisation du Souttar est cependant certainement légèrement inférieure à la durée d'évolution de la maladie, comme le prouve par ailleurs le fait que la *durée moyenne de survie établie à cinq mois et demi* est supérieure à la durée moyenne d'utilisation du Souttar chez les malades du lot n° 1. Cela s'explique, si on prend en considération le fait que certains de ces malades ont pu avoir, sans que nous en ayons eu connaissance, une gastrostomie à un stade quelconque de leur évolution.

II. — Comparaison des résultats à ceux d'autres méthodes.

L'analyse des résultats (en particulier celle fournie par l'analyse des observations du groupe A et C) peut être exprimée en pourcentages.

● Les malades du 1^{er} groupe ont utilisé leur tube :

Utilisation 1 mois	90 %
Utilisation 3 mois	46 %
Utilisation 6 mois	21 %
Utilisation 9 mois	10 %
Utilisation 1 an et +	2 %

● Plus intéressant encore, le *pourcentage de survie* après intubation chez les malades du 3^e groupe :

Survie 1 mois	97 %
Survie 3 mois	77 %
Survie 6 mois	40 %
Survie 9 mois	21 %
Survie 1 an et +	5 %

En effet, ces *résultats* peuvent être immédiatement comparés à ceux qu'on peut espérer d'autres méthodes d'intubation : M. GIGNOUX et M. DARGENT à Lyon, en 1963, donnent les résultats suivants pour 19 sujets intubés selon la technique de Mousseau : la mortalité opératoire était nulle, 5 malades sont morts à l'hôpital au cours des deux premiers mois, soit 31,5 %. Les survies obtenues sont :

2 mois	68,5 %
3 mois	49 %
6 mois	31 %

CHAMPY, dans sa thèse, fait état d'une statistique portant sur 39 malades intubés avec le même matériel. Il donne ainsi :

Survie 1 mois	80 %
Survie 3 mois	48 %
Survie 6 mois	33 %
Survie 9 mois	5 %

Ces résultats, comparés aux survies que nous ont procurées le tube de Souttar, appellent immédiatement deux remarques :

— le pourcentage de survie à long terme très comparable au nôtre, et ceci dès le 3^e mois ;

— par contre, une mortalité post-opératoire importante (80 % de survie à 1 mois contre 97 % en faveur de notre statistique). Ce qui était d'ailleurs prévisible compte tenu du fait que l'intubation par voie basse représente une véritable intervention, toujours grevée du risque post-opératoire, à plus forte raison chez des sujets de moindre résistance. Nous avons dit ailleurs que la mise en place d'un tube de Souttar ne doit pas être considérée comme une intervention : elle ne représente qu'une œsophagoscopie. d'un type particulier, elle est à peine plus dangereuse qu'elle, nous l'avons précisé.

Il est intéressant enfin de mettre *en parallèle nos survies et celles que procure la gastrostomie*. Nous avons retenu une statistique de LACOUR à l'Institut Gustave-Roussy qui fait état de 136 gastrostomies :

Survie à 1 mois	75 %
Survie à 3 mois	44 %
Survie à 6 mois	28 %
Survie à 9 mois	18 %
Survie à 1 an et +	4 %

Nous remarquons :

— l'importante mortalité opératoire ;

— la survie moyenne qui est de 3 mois, très voisine de celle que nous donne le Souttar.

Il est bien évident que l'intubation œsophagienne ne représente pas un avantage sur le plan du temps de survie par rapport à la gastrostomie, puisque son intérêt est avant tout fonctionnel : permettre au malade l'alimentation par

voie buccale. Si le temps de survie apparaîût relativement court, c'est parce que, par définition, la plupart de ces malades présentaient une tumeur à un stade avancé, très souvent avec un état général médiocre et chez lesquels la simple gastrostomie de nécessité aurait déjà comporté au départ un taux important de mortalité,

CONCLUSIONS

1) L'extrême gravité du Cancer de l'œsophage, la latence relative de sa séméiologie et les limites de la thérapeutique à visée curatrice expliquent le grand nombre de malades, souvent tarés, qui sont vus trop tardivement ou dont les lésions sont d'emblée au-dessus des possibilités de tout traitement efficace.

2) La plupart de ces tumeurs évoluent vers une dysphagie majeure qui nécessite, dans le domaine palliatif, un geste humanitaire ; les indications respectives de la Chirurgie palliative, de l'irradiation, de la gastrostomie, et des intubations œsophagiennes seront alors discutées.

3) L'intubation transtumorale a l'avantage majeur sur la gastrostomie de permettre la persistance d'une alimentation par voie buccale. Elle peut être pratiquée sous œsophagoscopie, par voie haute, ou bien par une double voie œsophagienne et transgastrique.

4) La méthode de Souttar, retrouvée depuis quinze ans avec les progrès de l'endoscopie, l'apport des antibiotiques, et la pratique de l'anesthésie générale a pour elle l'avantage de la simplicité, lorsqu'elle peut être réalisée. Ses indications les meilleures sont représentées par les localisations tumorales relativement hautes, cervico-thoraciques et rétro-aortiques.

5) Notre travail repose sur 491 intubations pratiquées par cette méthode chez 353 malades à la Clinique O. R. L. de Lyon. Il montre :

— Que les accidents graves sont relativement rares à condition que l'indication soit bien posée et que le tube à demeure ne soit mis en place que si l'opérateur est certain d'un cathétérisme préalable efficace de la sténose ;

— Que l'intubation par voie haute ne doit être pratiquée ni trop tôt (risque de chute du tube), ni trop tard (sténose trop serrée). Le moment de l'indication est celui de la « Gastrostomie de nécessité » ;

— Que la surveillance de ces malades est assez simple à condition que l'alimentation soit étroitement contrôlée pour éviter l'obstruction du tube. L'intubation est rarement responsable, au cours de l'évolution de la tumeur, d'accidents qui lui soient propres ;

— Que la chute du tube, lorsqu'elle se produit, peut conduire soit à une « Gastrostomie retardée », soit à la mise en place d'un second tube.

— Que l'avantage majeur dans les sténoses serrées est de reprendre rapidement, sans véritable intervention, la réhydratation et la réalimentation du malade, apportant à celui-ci un confort fonctionnel dont il est reconnaissant. L'intubation par voie haute est plus simple et souvent mieux tolérée que les dispositifs mis en place par gastrotomie.

6) Notre expérience nous a montré que les formes basses du cancer de l'œsophage étaient rarement justiciables de la méthode : elles restent du domaine chirurgical, même dans les cas palliatifs, ou de l'intubation transgastrique. La paralysie récurrentielle bilatérale et la fistule trachéobronchique imposant la gastrostomie.

7) Les résultats vitaux de l'intubation restent, évidemment, assez limités, puisque la durée moyenne d'utilisation, chez les malades qui ont été suivis, n'a été que de quatre mois. Mais il faut tenir compte, dans ces résultats, de la date nécessairement tardive où le tube de Souttar doit être mis en place.

8) Le matériel d'intubation par voie haute peut être amélioré : augmentation du calibre pour permettre une alimentation plus facile, et diminution du poids pour éviter les accidents de chute du tube : cependant, la nécessité d'une élimination facile par les voies naturelles, en cas d'accident, ne doit pas être oubliée.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Mars 1966

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

Professeur P. MOUNIER-KUHN

Vu, LE DOYEN :

J.-F. CIER

LE RECTEUR,

Président

du Conseil de l'Université :

P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

- AUBIN A., CLERC P. — Cancer de l'œsophage. *Encycl. méd.-chir., Oto-Rhino-Laryng.*, 20815, 1-13, 1951.
- BOUVET M. — Intubation chirurgicale palliative du cancer inopérable de l'œsophage par tube en matière plastique à demeure. *Thèse*, Paris, 1956, n° 514, 53 pages.
- CHAMPY R. — Traitement palliatif du cancer « dépassé » de l'œsophage par sonde en plastique à demeure. *Thèse*, Bordeaux, 1963.
- CHAMPY R., COUSSIEU P., RAYMOND J. — Traitement palliatif du cancer « dépassé » de l'œsophage par sonde en matière plastique à demeure. *Rev. Laryng.*, Bordeaux, 85, 3-4, 203-211, 1964.
- COYAS A. — Nouveau procédé d'intubation dans le cancer inopérable de l'œsophage. *Ann. Oto-Laryng.*, Paris, 72, 8-9, 639-656, 1955.
- COYAS A., TRIBOULET-PITON J. — Résultats obtenus par un nouveau procédé d'intubation palliative du cancer inopérable de l'œsophage. *Ann. Oto-Laryng.*, Paris, 72, 2-3, 143-147, 1955.
- DESBONNETS G., AMPE J. — Intubation des cancers de l'œsophage par la sonde de Kropff. A propos de 7 cas. *J. Sci. méd.*, Lille, 75, 5, 247-255, 1957.
- DUBOIS J., MICHEL A., NAUDIN E., BRAILLON G., GUILLEMIN G. — Valeur de l'appareillage plastique dans le traitement palliatif des cancers de l'œsophage et du cardia. *Arch. Mal. App. dig.*, 51, 7-8, 920-925, 1962.
- GIGNOUX M., DARGENT M., COLON J., MAYER M. — Valeur de l'intubation œsophagienne par tube de Mousseau dans les cancers œsophagiens inopérables. *J. franç. Oto-Rhino-Laryng.*, 12, 4, 545-558, 1963.
- KROPFF G. — Intubation œsophagienne à demeure par tube en matière plastique dans les cancers de l'œsophage à propos de 35 cas depuis 1952. *Ouest méd.*, 10, 8, 327-334, 1957.
- KROPFF G., JOINVILLE R., LEGRAND J. — Intubation œsophagienne à demeure par tube en matière plastique dans les cancers de l'œsophage. A propos de 35 cas depuis 1952. *Ouest méd.*, 10, 5, 182-189, 1957.
- LACOUR J., PHAM QUANG CHAN. — A propos de 136 observations de gastrostomie au cours du traitement palliatif du cancer de l'œsophage. *Mém. Acad. Chir.*, 1961, 87, 15 et 16.
- LAAGEL J. — Le traitement radiothérapique du cancer de l'œsophage. *Thèse médecine*, Lyon, 1959.
- LONGO A. — A propos de 16 observations de traitement palliatif de cancers de l'œsophage ayant dépassé le stade de l'opérabilité par œsophagotubage plastique. *Thèse*, Lyon, 1964.

- LORTAT-JACOB J.-L. — Tube de Resano pour cancer inopérable de l'œsophage thoracique. *Mém. Acad. Chir.*, 27 février - 5 mars 1952, 78, n° 8-9, 277.
- MAYOUX et GAILLARD J. — La place de l'œsophago-tubage dans le traitement palliatif du cancer de l'œsophage. *J. Méd.*, Lyon, 20 septembre 1954, 35, n° 833, 707-711.
- MICHAUD P. et GAILLARD J. — Intubation à demeure d'un cancer de l'œsophage inopérable. *Lyon Chir.*, octobre 1953, 48, n° 7, 873-874, 2 fig.
- MICHAUD P. et GAILLARD J. — Les indications de l'intubation dans le cancer de l'œsophage. *Presse Médicale*, 1953, n° 40.
- MICHAUD P. et GAILLARD J. — Intubation métallique dans les cancers de l'œsophage inopérables. *J. Franç. Oto-Rhino-Laryngologie*, décembre 1953, 2, n° 8, 757-761.
- MICHAUD P., GAILLARD J. et LATREILLE R. — L'œsophago-tubage dans le traitement palliatif des cancers de l'œsophage. *Lyon Chir.*, mai-juin 1956, 51, n° 4, 472-476.
- MOUSSEAU M., LEFORESTIER J., BARBIN J., HARDY M. — Place de l'intubation à demeure dans le traitement palliatif du cancer de l'œsophage. *Arch. Mal. App. Digest.*, 45, 3, 208-214, 1956.
- MOUSSEAU M., BARBIN J. — Intubation à demeure des œsophages cancéreux inextirpables. *Feuill. Prat.*, n° 168, 439-441, 1957.
- MOUSSEAU M., LEFORESTIER J., BARBIN J., HARDY M. — Place de l'intubation à demeure dans le traitement du cancer de l'œsophage. *Ouest Méd.*, 10, 17, 577-579, 1957.
- OMBREDANNE M., LORTAT-JACOB J.-L., TRIBOULET-PITON J. — Intubation métallique des cancers de l'œsophage inopérables. *Ann. Oto-Laryng.* Paris, 69, 11-12, 720-722, 1952.
- RESANO H. — Traitements palliatifs du cancer de l'œsophage. Tubes endopharyngiens. Lo tratamientos paliativos del cancer de esofago. Tubos endoesofagicos. *Bol. Soc. venez. Cirug.*, 6, 29-30-31, 325-348, 1952.
- SACHS L. — Une prothèse en matière plastique pour pallier au cancer de l'œsophage. *Surgery*, mars 1959, 45, n° 3, 377-388, 10 fig.
- SANTY P., MICHAUD P., SAUBIER E., MAYER M. — Indications et limites du traitement des cancéreux de l'œsophage au stade avancé. *Boll. di Oncologia*, 1957, 31, n° 4.
- SANTY P. et MAILLET P. — Chirurgie du cancer de l'œsophage. *Mém. Acad. Chir.*, 1949, 75, n° 7-8, 189-197.
- SESBOUE P., FLOCOSTE F. — Intérêt et limites du traitement par l'intubation trans-tumorale. *Rev. Méd. Normandes*, 4, 10, 761-771, 1962.
- SOUTTAR H. S. — A Method of Intubating the Œsophagus for Malignant Stricture. *Brit. M. J.*, 1924, 1, 782.
- STALPORT J., NICOLAS E., DEMELENE A., HORECZKY G. — L'intubation palliative dans le cancer inextirpable de l'œsophage. *Acta Chir. Belg.*, 53, 3, 288-295, 1961.
- TERRACOL J. — Les maladies de l'œsophage. Masson et Cie Edit., Paris, 1035 p., 1951. Tumeurs malignes de l'œsophage : traitement par manœuvres internes : 813-815.
- VERNEJOUL R. (DE), MONGES H. et MÉTRAS H. — Premiers essais de traitement du cancer de l'œsophage inopérable par le tube de Souttar. *Arch. Mal. App. Dig.*, janvier 1953, 42, n° 1, 89-91, 2 fig.

WADDINGTON J. K. B. et BRICKFORD B. J. — L'utilisation du tube de Mousseau-Barbin comme traitement palliatif dans le cancer de l'œsophage et du cardia. *Brit. J. Surg.*, mars 1962, 49, n° 217, 522-527. 5 fig.

WEISEL W., RAINE F., WATSON R. R. et FREDERICK J. J. — Traitement palliatif du cancer de l'œsophage. *Ann. Surg.*, février 1959, 149, n° 2, 207-216, 18 fig.

TABLE DES MATIERES

	PAGES
CHAPITRE I	
INTRODUCTION	11
CHAPITRE II	
LES DIFFERENTES TECHNIQUES PALLIATIVES DES CANCERS ŒSOPHAGIENS	15
CHAPITRE III	
INDICATIONS DE L'INTUBATION ŒSOPHAGIENNE	27
CHAPITRE IV	
INCIDENTS ET ACCIDENTS DE L'ŒSOPHAGOTUBAGE	35
CHAPITRE V	
RESULTATS	43
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	53

